

L'obligation d'accommodement dans le milieu de la santé et des services sociaux : moins d'accommodement et plus de personnalisation

Delphine ROIGT*

INTRODUCTION	3
I. QUELQUES EXEMPLES DE SITUATIONS INTERCULTURELLES EN CONTEXTE DE SOINS	4
II. CONTEXTE SOCIAL, POLITIQUE ET ORGANISATIONNEL	6
III. CONTEXTE JURIDIQUE : L'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE.....	7
IV. DÉMYSTIFIER L'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE	9
V. CONTEXTE DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ : LA PERSONNALISATION	9
VI. EXPLORATION DU CONCEPT DE PERSONNALISATION	10
VII. LES DIFFÉRENTS FONDEMENTS DE LA PERSONNALISATION.....	11
A. FONDEMENT ÉTHIQUE	11
B. FONDEMENT CLINIQUE.....	11
C. FONDEMENT JURIDIQUE	12
D. SOINS ET IMMIGRATION	12
VIII. LA PERSONNALISATION DES SOINS ET SERVICES : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE	13
CONCLUSION ET PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS	15

* Maître, avocate et éthicienne, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec.

Je remercie Dr Denis-Richard Roy, ancien directeur général du CHUM, ainsi que le conseil d'administration du CHUM pour avoir encouragé la réflexion et les interventions dans l'établissement eu égard aux relations interculturelles. Je remercie aussi mes collègues qui ont participé de près ou de loin à cette présentation : M. Alex Battaglini, Mme Marie-Ève Bouthillier, M. Michel Désy, Me Amélie Dionne-Charest, Mme Danielle Gratton, M. Michel Nyabenda, Mme Élodie Petit, les professionnels de même que les membres du comité d'éthique clinique du CHUM.

INTRODUCTION

Je ne suis pas une spécialiste des relations interculturelles. Je suis conseillère en éthique clinique, une aide à la réflexion, à la prise en compte de valeurs et de principes, un soutien à la prise de décision, une facilitatrice pour les professionnels de la santé qui vivent des situations difficiles en contexte de soins. Les questions habituelles auxquelles j'ai à répondre sont :

- Le patient est inapte, dans un état irréversible, sous respirateur. Le médecin et l'équipe estiment qu'il faut procéder à une cessation de traitement; la famille refuse. Il y a conflit.
- Le patient est apte mais ne collabore pas aux traitements, ni aux suivis. L'équipe est partagée dans la prise en charge à mettre en place et il y a beaucoup de tensions.
- Des directives hospitalières sur la confidentialité soulèvent des problématiques pour la gestion des soins.
- Des patients vont à l'étranger pour se faire greffer un organe. Le néphrologue soupçonne qu'il y a eu transaction financière. Le patient revient avec des complications majeures ou simplement pour son suivi post-opération. Le médecin doit-il soigner ce patient ?

La question centrale de l'éthique est : « Comment faire pour bien faire? ». Dans ce contexte, le rôle de l'éthique est, comme le propose

Hubert Doucet citant Ricoeur, « d'éclairer l'agir humain en ayant pour but le bien, pour soi comme pour autrui, au sein d'institutions justes, dans le respect de la pluralité des points de vue et des situations ».¹

La démarche de l'éthique dans ce contexte vise à proposer une « sagesse pratique », d'arriver à la meilleure décision en situation. Rien ne sert en effet de proposer une solution inapplicable, ou qui exigerait des ressources qui mettraient en péril le bon fonctionnement de l'organisation. La réflexion éthique s'effectue ainsi en contexte, « au cas par cas », réflexion qui requiert la prise en compte d'éléments liés à la culture, à la citoyenneté, à la religion, aux coutumes des individus.

L'objectif de ma présentation sera d'abord de vous sensibiliser au contexte particulier des demandes d'accommodements dans les milieux de soins. Contexte particulier notamment dû à la nature même des relations entre un soignant et un soigné. Je proposerai d'ailleurs que dans le milieu de la santé et des services sociaux, il importe davantage de parler de personnalisation que d'accommodements. Enfin, je proposerai des éléments que les établissements de santé et l'État auraient intérêt à considérer dans la « gestion » des relations interculturelles en contexte de soins.

I. QUELQUES EXEMPLES DE SITUATIONS INTERCULTURELLES EN CONTEXTE DE SOINS

- Des patientes ou leurs proches refusent les interventions par des intervenants masculins (médecins, préposés aux bénéficiaires, entretien ménager, résidents et externes, étudiant en soins infirmiers).
- Refus par un patient de faire des changements de pansement pendant les fêtes de sa religion. Le patient a besoin de visites trois fois par jour pendant deux semaines, mais refuse d'ouvrir aux intervenants du CLSC. Résultat : ré-hospitalisation avec surinfection, plaies et plainte de la famille.
- Refus des services à domicile par une patiente parce que les intervenants n'acceptent pas d'enlever leurs chaussures à l'entrée, alors que cela fait partie de sa culture.

¹ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990. Voir la page du professeur Hubert Doucet, en ligne : Université de Montréal <http://www.ftsr.umontreal.ca/faculte/profs/doucet_hubert.html>.

- Refus par les intervenants que la prière soit pratiquée dans les lieux communs de l'établissement.
- Demande d'un patient mourant que son corps ne soit pas déplacé avant au moins neuf heures après son décès, pour des raisons religieuses.
- Demande par des employés de porter la kippa ou le voile islamique en salle d'opération.
- Demandes liées au respect de certaines coutumes, de certains rituels, mais qui dans une chambre à plusieurs lits devient problématique.
- Demande d'un patient de modifier l'horaire des soins afin qu'il puisse observer certains rituels religieux. Demande d'un employé de modifier l'horaire de travail afin qu'il puisse observer certains rituels religieux.
- Demandes de la part de patients, souvent récemment immigrés, qui ne connaissent pas le système, ni la langue, d'être accompagnés dans diverses instances, ce qui dépasse le mandat et les responsabilités des intervenants.

La question soulevée par ces situations pourrait être : « Lesquelles sont des demandes d'accommodement raisonnable ? ». En fait, ces situations font ressortir un malaise, dénotent un choc entre les valeurs culturelles/religieuses et les valeurs et obligations des soignants, ce qui est très près des interventions que nous faisons dans le cadre de consultations en éthique. Les intervenants se retrouvent alors à devoir se positionner par rapport à leurs obligations professionnelles et les valeurs qui les sous-tendent et à évaluer comment adapter, modifier, voire alléger leurs exigences et façons de faire en comparaison de ce qui serait habituellement attendu des patients « québécois ». Certaines demandes pourraient avoir des conséquences sur le fonctionnement d'une unité de soins, d'un établissement; il importe donc d'avoir un cadre de réflexion, des balises guidant l'intervention. Mais avant d'aller plus loin, prenons le temps d'examiner le contexte social dans lequel ces demandes sont survenues dans les dernières années.

II. CONTEXTE SOCIAL, POLITIQUE ET ORGANISATIONNEL

Le Canada est reconnu comme un pays multiculturel dont la croissance et l'existence même sont dues à plusieurs siècles d'immigration. Les données du recensement de 2001 démontrent que les immigrants s'établissent surtout dans les grandes villes (95,9%) : Toronto (49,4%), Vancouver (45,9%), Montréal (27,6%), Ottawa (21,8%), Calgary (20,9%), Winnipeg (17,3%)². On estime qu'il y a eu 250 000 immigrants au Canada en 2001, 1 109 980 entre 2001 et 2006, année du dernier recensement. On compte aussi la présence de plus de 200 groupes ethniques parmi ces immigrants. On constate d'ailleurs ce phénomène d'une immigration diversifiée à partir des années 60 : alors qu'avant 1960 l'immigration était essentiellement européenne, elle s'est par la suite développée à partir des régions de l'Asie, de l'Afrique, des Caraïbes, de l'Amérique latine et du Moyen-Orient.

Les données du recensement 2006 montrent que les minorités visibles représentent dorénavant 16,2% de l'ensemble de la population canadienne, en hausse constante par rapport à 2001 (13,4%) et 1996 (11,2%). Aussi, on constate que le taux de croissance des minorités visibles est de 27,2%, soit un taux cinq fois supérieur à celui de 5,4% observé pour l'ensemble de la population canadienne.³

Au Québec, le taux de croissance des minorités visibles est plus élevé que celui pour l'ensemble du Canada : 31,4% entre 2001 et 2006, soit plus de sept fois le taux de croissance de 4,4% observé pour la population québécoise. Aussi, la grande majorité des minorités visibles du Québec vit dans la région métropolitaine de Montréal (90,2%) et représente 16,5% de la population montréalaise (590 400 personnes). Les statistiques démontrent aussi que les Arabes et les Latino-Américains sont les minorités visibles enregistrant la croissance la plus rapide au Québec : 109 000 Arabes, en hausse de 48,6% par rapport à 2001 et 89 500 Latino-Américains, en hausse de 50,4%. On constate enfin que 71,9% des Arabes sont nés à l'étranger et qu'environ 37,7% d'entre eux sont arrivés au Canada entre 2001 et 2006. Ces statistiques s'avèrent importantes, car elles viennent valider le sentiment d'augmentation des demandes particulières en milieux de soins, demandes provenant de la clientèle issue de communautés culturelles ou de minorités visibles. Ces demandes sont

² Statistique Canada, *Recensement du Canada de 2001*, en ligne : <<http://www12.statcan.gc.ca/francais/census01/home/Index.cfm>>.

³ Données tirées de Statistique Canada, *Recensement du Canada de 2006*, en ligne : <<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>>.

venues notamment confronter les intervenants quant à la modification de la relation patient-soignant, dans un contexte de revendication par les patients de leurs droits. Mais nous y reviendrons plus loin ...

L'arrivée de 2006 amène aussi le début de la médiatisation de cas d'accommodements raisonnables, tout cela dans une période de pré-campagne électorale au Québec. Le cirque médiatique s'est déroulé tout au long de 2006 et s'est poursuivi en 2007 avec la création de la *Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*, coprésidée par Gérard Bouchard et Charles Taylor. Le but de la Commission était de répondre aux expressions de mécontentement qui ont été exprimées par la population sur le sujet des accommodements raisonnables. Le mandat consistait à dresser le portrait des pratiques d'accommodement qui ont cours au Québec, « d'analyser les enjeux qui y sont associés en tenant compte des expériences d'autres sociétés; de mener une vaste consultation sur ce sujet; et de formuler des recommandations au gouvernement pour que ces pratiques d'accommodement soient conformes aux valeurs de la société québécoise en tant que société pluraliste, démocratique et égalitaire ».⁴ La *Commission Bouchard-Taylor* a fait bien attention de parler de « pratiques d'accommodement » et non pas « d'accommodement raisonnable », ce qui est un choix éclairé puisque ce ne sont pas toutes les demandes qui donnent droit à un accommodement raisonnable au sens juridique du terme. Voyons brièvement l'accommodement raisonnable dans son sens juridique.

III. CONTEXTE JURIDIQUE : L'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE

Le Canada adopte en 1971 une politique du multiculturalisme qui s'est développée dans le contexte des tensions de la fin des années '60 entre les francophones et les anglophones et les menaces de séparation du Québec. Cette politique a d'ailleurs reconnu le français et l'anglais comme les deux langues officielles du Canada. Cette politique faisait aussi ressortir « la mosaïque » canadienne, le fait que la pluralité ethnique constituait une caractéristique de la société canadienne, et méritait d'être promue et préservée. En 1988, le projet de loi C-93 est devenu la *Loi sur*

⁴ Québec, Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles (CCPARDC), « Mandat », en ligne : CCPARDC <<http://www.accommodements.qc.ca/commission/mandat.html>> [Commission Bouchard-Taylor].

le multiculturalisme canadien,⁵ affirmant ainsi le caractère multiculturel du Canada et reconnaissant par le fait même des droits et obligations liés notamment au respect des différentes cultures et religions. La *Charte des droits et libertés de la personne*⁶ et la *Charte canadienne des droits et libertés*⁷ sont ensuite venues réaffirmer l'égalité des personnes et la reconnaissance de droits et libertés liés entre autres à la religion et la culture sans discrimination.

Pour qu'il y ait obligation d'accommodement raisonnable, on doit être face à une situation qui porte préjudice à une personne, qui détruit ou compromet son droit à l'égalité en vertu de l'un des motifs prohibés par l'article 10 de la *Charte québécoise*, lequel se lit comme suit :

Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

De façon plus précise, pour qu'il y ait une possible obligation d'accommodement, trois éléments doivent être présents : (1) une norme qui est à la base d'une distinction, d'une exclusion ou d'une préférence, (2) cette distinction, exclusion ou préférence est basée sur un motif prohibé par l'art. 10 de la *Charte québécoise* et (3) la situation porte préjudice à la personne (détruit ou compromet son droit à l'égalité). Il doit donc y avoir à la fois une demande et de la discrimination en vertu de l'article 10 de la *Charte québécoise*.

Une fois une demande effectuée et qu'après analyse, on se rend compte qu'il y a discrimination en vertu de la *Charte québécoise*, on détermine alors qu'il y a une *obligation d'accommodement raisonnable*. Cette obligation juridique requiert des deux parties qu'elles s'efforcent de

⁵ L.R.C. 1985 (4e suppl.), c. 24.

⁶ L.R.Q. c. C-12 [*Charte québécoise*].

⁷ Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c. 11.

s'entendre afin de trouver un arrangement. Il s'agit pour celui à qui incombe l'obligation d'accommodement raisonnable d'une obligation de moyen et non de résultat : les deux parties ont un devoir de négocier de bonne foi afin de trouver une solution raisonnable. Il y a bien sûr des exceptions liées à la notion de « contrainte excessive » (notamment liée au coût de l'accommodement demandé, à l'atteinte aux droits d'autrui et à l'impact sur le fonctionnement de l'établissement).

IV. DÉMYSTIFIER L'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE

Il importe de clarifier que l'obligation d'accommodement raisonnable ne signifie pas « se plier inconditionnellement » à toutes les demandes, à tous les particularismes individuels ou collectifs. Chaque demande doit faire l'objet d'une réflexion spécifique, réflexion inséparable de l'exercice des droits et libertés d'autrui et du bien-être collectif et l'obligation ne vaut qu'à l'égard du demandeur et non pas à l'égard d'un groupe ou d'une collectivité. À l'inverse, si la demande n'est pas retenue, le caractère « *déraisonnable* » d'un accommodement demandé ne signifie pas la fin du dialogue entre les deux parties : cela devrait plutôt les inviter, dans la mesure du possible, à poursuivre la réflexion et les échanges pour trouver des adaptations satisfaisantes pour les personnes impliquées.

Qu'est-ce que cela signifie dans le milieu de la santé ? Est-ce que l'accommodement raisonnable a sa place au chevet du patient ? Est-ce la responsabilité d'un intervenant d'accéder à une demande d'accommodement raisonnable ? Comment les intervenants peuvent-ils interpréter la *Charte québécoise* ?

V. CONTEXTE DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ : LA PERSONNALISATION

Après avoir eu à réfléchir avec des équipes traitantes confrontées à différentes demandes de la part de patients ou de familles pour des motifs culturels et religieux, il nous est rapidement apparu illusoire de demander à des professionnels d'appliquer les critères juridiques de l'accommodement raisonnable au chevet. Comment, en effet, leur demander de juger du caractère raisonnable d'une demande, de déterminer s'il y a bel et bien une situation causant de la discrimination en vertu de la *Charte québécoise* et de mettre en œuvre leurs obligations à cet égard. Il

devait bien y avoir un autre concept, lié directement à la relation patient-médecin qui tiendrait compte des valeurs, des coutumes et de la religion dans le contexte des soins... Ce concept est la « personnalisation des soins et services ».

D'ailleurs, l'absence d'obligation juridique d'accommoder ne doit pas faire en sorte d'ignorer le malaise à la base de la demande d'accommodement. D'un point de vue éthique, il importe d'essayer de maintenir la communication et, en quelque sorte, de faire preuve d'empathie à l'égard du demandeur en reconnaissant la légitimité de sa demande ; favoriser le *relationnel* davantage que le *juridique*. Par conséquent :

- S'il y a une obligation juridique d'accommoder: obligation pour les deux parties de rechercher une solution raisonnable ;
- S'il n'y a pas d'obligation juridique d'accommoder : la recherche d'une entente relève davantage de la bonne volonté et de la nécessité de *personnaliser la solution et les soins...*

VI. EXPLORATION DU CONCEPT DE PERSONNALISATION

Dans la littérature, on parle de personnalisation, de soins centrés sur la personne / le patient / le client (*person centredness, patient centredness, client centeredness*). Les termes veulent dire différentes choses pour différents auteurs et on ne propose pas de définition unique.

Pour Balint *et al.*,⁸ le premier à utiliser le concept de *patient centredness*, on réfère au caractère unique des individus, à la nécessité de les voir comme un tout, et non pas seulement une pathologie. On sent une volonté de réagir au paternalisme voulant que le médecin sache ce qui est bon pour le patient et décide pour lui. On vise aussi à se distinguer du modèle biomédical où la personne est un cumul de symptômes et de pathologies.

Pour Mead et Bower,⁹ on doit tenir compte de cinq dimensions associées au concept de *patientcentredness* : (1) la perspective biopsychosociale, (2) le patient en tant que personne (3) les pouvoirs et

⁸ Michael Balint *et al.*, *Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice*, Londres, Tavistock, 1970.

⁹ N. Mead et P. Bower, « Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature » (2000) 51(7) Soc. Sci. & Med. 1087–110.

responsabilités partagés, (4) l'alliance thérapeutique et (5) le médecin en tant que personne. On parlera aussi de voir la maladie à travers les yeux du patient (McWhinney).¹⁰

Essentiellement, on s'entend sur l'importance de placer le patient au centre des interventions, le reconnaître et le respecter comme individu, ce qui est aussi le reflet des standards d'éthique professionnelle promus notamment par les codes de déontologie. Il s'agit de donner place au patient, de créer un partenariat entre lui et les intervenants et de renforcer sa place au sein du processus décisionnel quant aux soins et services.

Ce qui est intéressant avec ce concept, c'est qu'il fait déjà partie de la pratique quotidienne des intervenants du milieu de la santé, alors que le concept d'accommodement raisonnable requiert de référer à un paradigme complètement différent. L'objectif de la personnalisation est le maintien de la relation thérapeutique alors que celui de l'accommodement raisonnable est de palier à une discrimination : le premier se situe au niveau relationnel alors que l'autre se situe au niveau du droit, des obligations juridiques.

VII. LES DIFFÉRENTS FONDEMENTS DE LA PERSONNALISATION

A. FONDEMENT ÉTHIQUE

La personnalisation est cohérente avec les principes de respect de la personne, de sa dignité, de ses croyances et du sens qu'elle donne à sa vie. Les principes et valeurs sous-jacentes sont celles de la dignité, de l'autonomie, de la liberté, de la confiance (nécessaire à l'établissement d'une relation thérapeutique) et de la reconnaissance mutuelle.

B. FONDEMENT CLINIQUE

La personnalisation s'inscrit dans la nécessité pour les intervenants d'offrir et de donner des soins adaptés, appropriés, globaux, de qualité et à la satisfaction des patients.

¹⁰ J. Brown *et al.*, « The patient-centred clinical method, 2: Definition and application » (1986) 3 Fam. Pract. 75–79.

C. FONDEMENT JURIDIQUE

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹¹ réfère à quelques reprises à la notion de personnalisation sans toutefois la définir. On y souligne que « la raison d'être des services est la personne qui les requiert » (art. 3, *LSSSS*); on y confirme aussi le « droit de toute personne de recevoir des soins personnalisés » (art. 5, *LSSSS*). On mentionne enfin que « les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels... » (art. 100, *LSSSS*). L'interprétation que nous faisons du respect des besoins spirituels n'implique pas un droit absolu des patients à l'accompagnement spirituel d'une foi ou d'une religion particulière par les intervenants et les établissements du réseau de la santé; ces derniers doivent cependant en tenir compte dans l'offre et la prestation des services de même que dans l'élaboration de politiques sur la santé.¹²

D. SOINS ET IMMIGRATION

Une recherche récente de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal montre bien la réalité et les coûts liés aux soins et services auprès d'une population immigrante.¹³ On comprend notamment la particularité du réseau de la santé et des services sociaux dans la région de Montréal. On y apprend que le tiers de la population montréalaise est né à l'extérieur du Canada (28%) et que 88% des immigrants qui s'installent au Québec élisent domicile à Montréal. On constate aussi que la présence de populations immigrantes a des effets importants sur les services de santé : une durée plus longue des interventions (en moyenne

¹¹ L.R.Q., c. S-4.2 [*LSSSS*].

¹² Les médecins et les infirmières doivent s'abstenir d'exercer leur profession de façon impersonnelle (art. 18 du *Code de déontologie des médecins*, R.Q. c. M-9, r. 4.1, et art. 3.01.04 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.Q. c. I-8, r. 4.1).

Organisation mondiale de la santé, Comité régional du Pacifique oriental, *Initiative pour les soins centrés sur la personne*, Rés. WPR/RC58.R4 (2007), en ligne : OMS <http://www.wpro.who.int/rcm/fr/archives/rc58/rc_resolutions/WPR_RC58_R4.htm>.

¹³ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la Santé publique *L'intervention de première ligne à Montréal auprès de personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate* par A. Battaglini, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007, en ligne : <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfmigration/ressources.pdf>>.

40% de plus), des modes particuliers d'utilisation des services, dont une plus grande utilisation des « sans rendez-vous » et la présence nécessaire d'interprètes. On estime en plus qu'un minimum de 7,3% de ces usagers à Montréal, ont besoin d'une durée d'intervention plus longue que 40%. Ces interventions auprès des populations immigrantes ont évidemment des coûts supplémentaires : en 2002-2003, auprès d'un échantillon de CLSC, on a évalué ces coûts à 4 951 427\$, soit 2,9% du coût des heures travaillées directement auprès de l'ensemble des usagers. Si l'on ajoute les 1 369 003\$ déjà alloués aux interventions auprès des personnes réfugiées, le coût total auprès de la population immigrante s'élève à 6 320 430\$, ce qui ne tient pas compte des coûts liés aux hôpitaux. Les auteurs du document recommandent ainsi fortement que l'on reconnaisse la spécificité de l'intervention auprès des personnes immigrantes afin : (1) d'améliorer l'accès à des interprètes formés, (2) d'assurer une durée d'intervention suffisante pour être efficace, (3) d'engager des intervenants polyglottes possédant des compétences interculturelles, (4) d'assurer la traduction en plusieurs langues de documents promotionnels et d'information, (5) d'obtenir la collaboration de spécialistes en interculturel (6) de mettre en place une formation continue (migration, interculturelle, etc.), (7) de soutenir l'adaptation culturelle des programmes et des documents et (8) de soutenir l'adaptation d'outil de dépistage reflétant la réalité de la migration.

Il faut aussi savoir que l'adaptation des services à la clientèle immigrante et les coûts qui en découlent ne sont pas pris en compte par le gouvernement dans l'attribution des budgets liés à la santé et aux services sociaux. De plus, le fait de n'avoir que peu de données sur cette clientèle, ne permet pas non plus aux établissements d'évaluer ces coûts, ni par conséquent d'adapter l'offre de soins et services à partir de données correspondant à la réalité. Il s'avère en fait presque impossible d'avoir accès à certaines données sous prétexte qu'elles ne sont pas nécessaires à la prestation des soins.

VIII. LA PERSONNALISATION DES SOINS ET SERVICES : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Dans les établissements du réseau de la santé, la personnalisation doit être intégrée à trois niveaux différents : au niveau des organisations, au niveau des intervenants et au niveau des usagers.

Les organisations sont responsables de dispenser des services qui soient efficaces, continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins biopsychosociaux et spirituels. Elles sont aussi responsables de soutenir les intervenants qui travaillent pour elles et de leur offrir notamment une formation adéquate. Leur responsabilité est toutefois limitée par différentes dispositions législatives et règlementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement, par la disponibilité de ressources humaines, matérielles et financières. Dans le contexte des accommodements raisonnables, on réfère, comme nous l'avons vu précédemment, à la notion de « contraintes excessives ».

Les intervenants ont aussi une grande part de responsabilité dans la personnalisation des soins : ce sont eux qui évaluent, diagnostiquent, offrent et dispensent les soins et services. Pour ce faire, ils doivent agir avec compétence, courtoisie, civilité, équité, compréhension et dans le respect de la dignité, de l'autonomie, de la sécurité et des besoins des usagers. On leur demande aussi de respecter la liberté de conscience ou de religion de l'utilisateur et de respecter leurs collègues. Leur responsabilité est toutefois limitée par les règles déontologiques, les standards de pratique dans leur domaine, les coûts indus liés à certains soins, leur obligation de ne pas nuire aux droits et libertés des autres usagers, les normes de sécurité, d'hygiène et de contrôle des infections et leur incompréhension de la demande de personnalisation. On peut aussi penser à la notion d'objection de conscience, lorsque le fait de vouloir personnaliser les soins et services leur ferait poser un acte qui irait à l'encontre de leurs valeurs. Les intervenants ne sont en effet pas obligés de fournir des services ou de donner des soins à un usager à l'encontre de leurs convictions personnelles. Rien non plus ne limite leur liberté d'accepter ou de refuser de traiter une personne, ce qui s'applique davantage aux médecins qu'aux autres professionnels de la santé.

Quant aux usagers, bien que l'on aborde que trop souvent leurs droits, ils ont aussi des responsabilités dont celles de participer et de collaborer aux soins et services, de respecter les intervenants et les institutions, de faire un usage judicieux des ressources, de respecter les règles d'hygiène et de sécurité de même que les lieux. Ce qui vient limiter leur responsabilité est la présence d'inaptitudes, d'incapacités ou d'incompréhensions.

CONCLUSION ET PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS

Ce qu'il importe de retenir de notre présentation c'est que dans les milieux de soins, la personnalisation constitue le principe et l'accommodement l'exception. Souvent, le seuil entre la personnalisation et l'accommodement est atteint lorsqu'il y a confrontation des valeurs ou lorsque la demande particulière apparaît excessive, d'où l'importance du dialogue. Tant qu'on peut personnaliser les soins et services, on le fait car cela fait partie des valeurs des institutions et des intervenants, d'une volonté de bienfaisance.

Afin de personnaliser les soins, il faut évaluer le milieu et la clientèle qu'il dessert afin de « penser » des solutions locales. Il s'avère en effet tout à fait inapproprié de vouloir trouver des normes et des solutions qui seraient applicables à l'ensemble du réseau de la santé au Québec, compte tenu de différents facteurs : l'immigration est surtout présente dans les grands centres urbains, il y a une répartition géographique inégale des immigrants au sein même des villes, la difficulté d'avoir des données utiles permettant de mieux connaître la clientèle rend la mise en place de programmes globaux périlleuse.

Afin de bien intervenir, il faudrait laisser une latitude organisationnelle aux établissements et promouvoir et soutenir les initiatives locales. Il faudrait aussi une reconnaissance accrue et une création de partenariats avec les organismes communautaires locaux qui agissent souvent en première ligne auprès des immigrants. Les organismes communautaires sont en effet la porte d'accès au système de santé et ils jouent un rôle primordial de formation et d'intégration permettant de décharger les établissements de santé afin qu'ils se concentrent sur leur mission.

Au point de vue organisationnel, le soutien est essentiel, notamment par la formation en interculturel des intervenants de la santé, la responsabilisation de l'ensemble des acteurs et la mise en place d'un service dans l'organisation (consultation-liaison) qui soit responsable du dialogue interculturel spécifique au milieu de la santé et des services sociaux. Cela implique une connaissance pratique à la fois du milieu de la santé, du contexte organisationnel et de la culture impliquée.

D'un point de vue plus global, il importe de favoriser la réflexion sur l'impact du multiculturalisme dans les organisations publiques, d'augmenter et de répartir de façon différentielle les ressources humaines et matérielles en fonction des caractéristiques propres au milieu et de

former l'ensemble des acteurs à différents niveaux : politique, scolaire et juridique.

Comme l'a si bien illustré Madame Danielle Gratton, psychologue et spécialiste en interculturel : « un chêne planté dans un pays tropical ne deviendra jamais un palmier et vice-versa ».¹⁴ La société, les organisations et les individus doivent être prêts à faire le deuil de certains changements. Néanmoins, la gestion de l'interculturel nous amène à porter un regard critique sur nos pratiques et à instaurer des conditions et un contexte qui favorisent à la fois l'apprentissage des personnes immigrantes et de nos propres valeurs.

¹⁴ Danielle Gratton, allocution, « Relations interculturelles en milieu de travail: Des données étonnantes! », conférence organisée par la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO), 21 février 2007, résumé disponible en ligne : SQPTO <http://www.sqpto.ca/Faits%20saillants/Gratton_Danielle_Faitssailants_intercult.pdf>.